

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

93

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 27 décembre 1895, à 1 heure

PAR

GUSTAVE GARANGER

Né à Cuts (Oise), le 25 avril 1845,

Pharmacien, ancien interne des hôpitaux de Paris.

—†—

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE RÔLE DU MÉDECIN

DANS LE TRAITEMENT DES

CARDIOPATHIES COMPENSÉES

Président : M. POTAIN.

Juges : MM. { LANDOUZY, professeur.
GILLES DE LA TOURETTE et
WIDAL, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

~~~~~

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1895



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le vendredi 27 décembre 1895, à 1 heure*

PAR

GUSTAVE GARANGER

Né à Cuts (Oise), le 25 avril 1845,

Pharmacien, ancien interne des hôpitaux de Paris.



## QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE RÔLE DU MÉDECIN

DANS LE TRAITEMENT DES

## CARDIOPATHIES COMPENSÉES

*Président : M. POTAIN.*

*Juges : MM.* { LANDOUZY, professeur.  
GILLES DE LA TOURETTE  
WIDAL, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1895

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                        |                |
|------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Doyen. . . . .                                                         | M. BROUARDEL.  |
| Professeurs. . . . .                                                   | MM.            |
| Anatomie. . . . .                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie. . . . .                                                   | CH. RICHT.     |
| Physique médicale. . . . .                                             | GARIEL.        |
| Histoire naturelle médicale. . . . .                                   | N...           |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . .                           | GAUTIER.       |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale. . . . .                                           | DIEULAFOY.     |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                       | DEBOVE.        |
| Anatomie pathologique. . . . .                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie. . . . .                                                    | CORNIL.        |
| Opérations et appareils. . . . .                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie. . . . .                                                 | TERRIER.       |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . .                             | POUCHET.       |
| Hygiène. . . . .                                                       | LANDOUZY.      |
| Médecine légale. . . . .                                               | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          | LABOULBENE.    |
| Clinique médicale. . . . .                                             | STRAUS.        |
| Maladie des enfants. . . . .                                           | G. SÉE.        |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. . . . . | POTAIN.        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               | JACCOUD.       |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      | HAYEM.         |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         | GRANCHER.      |
| Clinique des malad. des voies urinaires. . . . .                       | JOFFROY.       |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      | FOURNIER.      |
| Clinique d'accouchement. . . . .                                       | RAYMOND.       |
|                                                                        | DUPLAY.        |
|                                                                        | LE DENTU.      |
|                                                                        | TILLAUX.       |
|                                                                        | BERGER.        |
|                                                                        | GUYON.         |
|                                                                        | PANAS.         |
|                                                                        | TARNIER.       |
|                                                                        | PINARD.        |

## Professeurs honoraires. MM. SAPPEY, PAJOT.

### Agrégés en exercice.

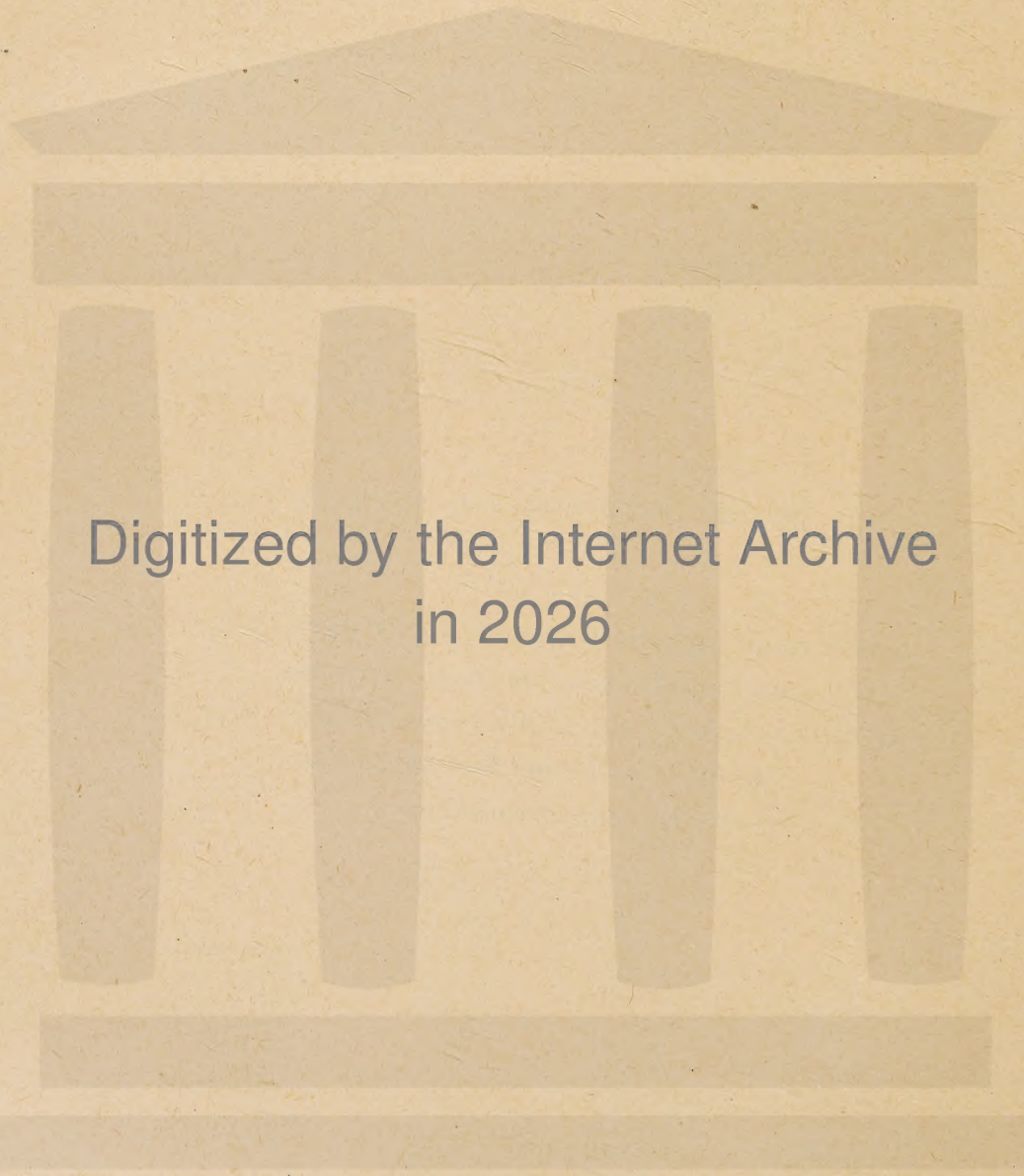
| MM. ACHARD  | MM. GAUCHER | MM. MARIE     | MM. SEBILEAU |
|-------------|-------------|---------------|--------------|
| ALBARRAN    | GILBERT     | MENETRIER     | THIERRY      |
| ANDRÉ       | GILLE DE LA | NELATON       | THOINOT      |
| BAR         | TOURETTE    | NETTER        | TUFFIER      |
| BONNAIRE    | GLEY        | POIRIER, chef | VARNIER.     |
| BROCA       | HARTMANN    | des travaux   | WALTHER      |
| CHANTEMESSE | HEIM        | anatomiques   | WEISS        |
| CHARRIN.    | LEJARS      | RETTERER      | WIDAL        |
| CHASSEVANT  | LETULLE     | RICARD        | WURTZ        |
| DELBET.     | MARFAN      | ROGER         |              |

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

M. LE PROFESSEUR POTAIN

*a bien voulu accepter la présidence de notre thèse,  
nous remplirons ici un devoir agréable  
en lui exprimant toute notre reconnaissance pour  
l'honneur qu'il veut bien nous faire  
en cette circonstance*

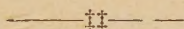


Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41553820\\_0072](https://archive.org/details/IA41553820_0072)



QUELQUES CONSIDÉRATIONS  
SUR LE RÔLE DU MÉDECIN  
DANS LE  
**TRAITEMENT DES CARDIOPATHIES**  
COMPENSÉES



Une question de pratique assez délicate est souvent soulevée à propos des cardiopathies. Chez un malade qui consulte pour des désordres légers : troubles dyspeptiques, essoufflement en montant les escaliers, épistaxis fréquentes, l'examen des organes révèle une cardiopathie quelconque. Il n'y a d'ailleurs pas d'œdème, pas de signes d'affaiblissement cardio-vasculaire, pas de stases viscérales *appréciables*. Faut-il traiter ce malade comme un asystolique et s'efforcer de

l'aider à tolérer son affection cardiaque en dirigeant contre celle-ci un des traitements usuels ? Faut-il, au contraire, réserver les médicaments cardiaques, circulatoires, dépresseurs ou excitateurs pour le moment où l'apparition des accidents nécessitera une intervention active ?

Ce point a été diversement jugé. Tandis que quelques auteurs, les moins nombreux à la vérité, traitent d'emblée les maladies du cœur, ou plutôt l'organe malade, d'autres s'en tiennent à la prescription d'une hygiène sévère, sans aucune thérapeutique pharmaceutique, d'autres enfin ajoutent aux prescriptions d'hygiène, dont ils reconnaissent l'importance fondamentale, quelques médicaments destinés à prévenir les accidents.

Il nous a paru que ce point de pratique méritait d'attirer l'attention, et qu'on ferait œuvre utile, en essayant de se tracer une règle de conduite. Nous ne parviendrons certainement pas à trancher une question que les maîtres n'ont pas résolue ; mais, nous y avons réfléchi, et, c'est dans le seul but d'apporter quelques faits nouveaux, que nous entreprenons ce travail.

Nous avons intitulé notre modeste étude : *Traitement des Affections Cardiaques à la période de Compensation*. Avant d'aller plus loin, il importe de préciser le sens exact de ce mot.

Une affection cardiaque est compensée, dit-on, tant que l'équilibre circulatoire n'est pas rompu, qu'il n'y a pas abaissement de la tension artérielle, et surcharge de la circulation veineuse. Ces phénomènes se traduisent par des œdèmes, des stases viscérales, avec prédominance du côté de tel ou tel organe, suivant les cas. Il semble donc qu'on puisse, très aisément, se rendre compte de l'état du malade, et qu'il soit aisé d'apprécier le moment où il entre dans la période troublée de M. G. Sée. L'appréciation est pourtant plus malaisée qu'elle ne le paraît, et voici pourquoi :

Sans doute, on ne peut hésiter, quand on est en présence de phénomènes bien nets de congestion passive, que ce soit le foie, le poumon ou le cerveau qui soit atteint. Mais avant de présenter les modifications anatomiques et fonctionnelles qui ne permettent pas l'incertitude, les viscères peuvent être légèrement touchés : de là des troubles fonctionnels sans caractère précis, mais qui, cependant, dépendent des troubles circulatoires, et pourtant le cœur n'a rien, si ce n'est le souffle caractéristique de la lésion orificielle ; les battements sont réguliers, bien frappés, et le malade lui-même et souvent bien loin de se croire atteint d'une maladie du cœur.

Evidemment, de tels cas appartiennent par

certains côtés aux lésions cardiaques compensées : par d'autres, aux cardiopathies en imminence d'asystolie. Et en analysant de près ces malades, on arrive à se demander si la compensation parfaite peut exister, et, si les cardiopathies que l'on désigne sous le nom de latentes, ne sont pas, en réalité, entachées de quelques troubles, dont à cause de leur faible importance, on méconnaît l'origine et la portée. Si les choses pouvaient rester dans cet état, sans s'aggraver jamais, il suffirait d'écarter toutes les grandes causes perturbatrices, ce qui est possible dans une large mesure. Mais l'expérience de tous les jours démontre le contraire. Elles nous apprennent que les désordres organiques quels qu'ils soient, retentissent sur le cœur, même quand il est sain. A plus forte raison, agiraient-ils défavorablement sur un cœur déjà malade. En pratique, il n'est pas rare de voir certains désordres occuper le premier plan, c'est ce qu'on a appelé les asystolies à forme hépatique, à forme rénale ; on pourrait y inscrire aussi les troubles cérébraux auxquels on a donné le nom de folie cardiaque, au moins dans les cas où ceux-ci relèvent directement de la stase veineuse.

Pour remédier à cet enchaînement d'accidents que faut-il faire ? Faut-il soigner le cœur qui

fonctionne d'une manière satisfaisante, ou le négliger pour ne s'occuper que du désordre viscéral secondaire ? C'est ce que nous allons examiner maintenant.

Nous examinerons successivement les 3 groupes de faits qui se sont présentés le plus souvent à notre observation, soit les maladies infectieuses, les gastropathies et les affections utérines survenant chez les cardiaques.







## LE CŒUR PENDANT LES MALADIES INFECTIEUSES

L'influence des maladies infectieuses sur le cœur, a été mise en lumière par bien des travaux que nous nous contenterons de rappeler. Dans les recherches sur les myocardites, M. Hayem avait insisté sur les lésions anatomiques du cœur dans la fièvre typhoïde et sur les phénomènes cliniques corrélatifs de ces lésions.

Plus tard, M. Huchard et le D<sup>r</sup> Parent dans sa thèse, étudièrent les lésions cardiaques dans la variole.

Pour la grippe un travail de M. Saint-Philippe de Bordeaux, la thèse d'Hayder Mirza (1894) ont mis en évidence l'influence désastreuse du *poison grippal* sur le cœur. Signalons enfin comme comportant des considérations d'avenir des plus importantes, le fait de M. Landouzy, (*Revue de médecine* 1883) dans lequel une autopsie permit de constater le progrès silencieux de lésions artérielles du cœur, consécutives à une fièvre typhoïde.

Mais ces travaux ne montraient en quelque

sorte que des lésions assez grossières. Les recherches de Foubert entreprises sous l'inspiration directe de M. Potain, celles de M. G. Sée; la thèse de Laugier (1888), établissent que le cœur se dilate sous l'influence des maladies infectieuses. Et de la thèse de Foubert, ressort nettement ce fait, que la dilatation est d'autant plus marquée que le cœur était antérieurement plus atteint dans son fonctionnement. Ainsi le cœur des chlorotiques se dilate énormément sous une influence légère.

Si l'on rapproche ce fait des asystolies passagères de M. Potain, on se convaincra immédiatement du danger que peut présenter pour un cardiaque, cette propension à la rupture de l'équilibre circulatoire. De plus, les expériences de MM. Gilbert et Lion, ont fait voir que les agents infectieux, se fixent volontiers sur un endocarde déjà lésé, pour y déterminer les accidents de l'endocardite aiguë septique.

Toutes ces considérations font que le cœur doit être surveillé minutieusement dans les maladies infectieuses, même les moins graves en apparence, et que cette surveillance devient une nécessité absolue quand l'organe était antérieurement malade.

En particulier, la grippe nous a paru avoir à

cet égard, une importance extrême, et, le fait a d'ailleurs frappé tous les observateurs :

Voici un cas malheureux dont nous avons été témoin.

#### OBSERVATION I

(Personnelle).

M. D..., ancien professeur est atteint d'une insuffisance aortique, d'origine probablement rhumatismale. En 1891 il prend la grippe qui est de moyenne intensité. Jusqu'à cette époque son cœur se comportait bien, et il fallait l'ausculter pour découvrir son affection valvulaire qui ne se révélait par aucun signe fonctionnel. En particulier, M. D... marchait beaucoup et persistait malgré toutes les représentations que je lui avais faites à fumer, à soulever des fardeaux, à travailler dans son jardin, sans en éprouver le moindre inconvénient. Dès le second jour de la grippe, la respiration devint très gênée, il se fit des foyers de congestion passive aux deux bases, les battements cardiaques devinrent sourds et irréguliers, il se produisit de petites hémoptysies et M. D... succomba le huitième jour dans une syncope.

Voici maintenant un autre fait de même ordre :

Ici, c'est une fièvre typhoïde qui amènera la rupture de l'équilibre.

OBSERVATION II

(Personnelle).

M. J. P... 30 ans, atteint d'endocardite mitrale depuis son enfance, contracte une fièvre typhoïde de moyenne gravité, en décembre 1892. Pendant la maladie le cœur devient arythmique. Au moment de la convalescence, il existe de la dyspnée, de l'œdème des jambes, depuis cette époque M. J. P... ne peut se livrer à aucune occupation fatigante, il s'essouffle facilement, a de l'œdème des jambes, chaque soir, en un mot, tout dans son état indique l'imminence de l'asystolie confirmée.

Il convient donc dans toute maladie infectieuse de traiter avec le plus grand soin, l'organe central de la circulation. On le surveillera minutieusement, car ce n'est pas seulement dans le rhumatisme que les complications cardiaques doivent être cherchées, et l'on s'efforcera par une médication appropriée de rendre au cœur la tonicité que l'infection lui fait perdre. La tâche est difficile, mais on peut essayer par la révulsion précordiale, la caféine, la spartéine, la strychnine, de prévenir l'affaiblissement du cœur. On n'y réussira pas toujours, mais on y parvient assez fréquemment pour qu'on n'ait pas le droit de laisser aller les choses.



## DES TROUBLES DIGESTIFS SURVENANT CHEZ LES CARDIAQUES

M. G. Sée a longuement insisté sur les désordres gastro-intestinaux qui signalent le début des affections valvulaires du cœur et peuvent même donner pendant longtemps, le change sur l'état du malade ; nous ne nous occuperons pas de ces accidents, véritables phénomènes secondaires, imputables à l'état de la circulation, à la stase hépatique, etc.

Les faits que nous avons en vue, concernent simplement des dyspepsies d'origine quelconque, des troubles moteurs de l'estomac survenant chez des cardiaques *sans que l'on puisse légitimement les attribuer à la lésion cardiaque*. C'est ici surtout qu'il importe de ne pas commettre d'erreur : un dyspeptique vulgaire ne saurait en effet bénéficier d'un traitement par l'iodure, la digitale, etc., qui ferait au contraire le plus grand bien à un dyspeptique dont l'estomac est troublé consécutivement aux désordres cardiaques.

Voici d'abord quelques faits :

### OBSERVATION III

Un de nos amis, âgé de 31 ans, nous demande notre avis pour des troubles gastriques dont il est atteint depuis plusieurs mois, et qui consistent en pesanteurs après les repas, lenteur des digestions, ballonnement du ventre, paresse intestinale.

Comme antécédents, nous relevons dans la famille de notre malade, des accidents arthritiques. La mère, est parait-il, atteinte d'une affection cardiaque. Lui-même est sujet aux migraines, il a eu des poussées d'eczéma à deux reprises. Jamais il n'a eu de rhumatismes. Seulement étant enfant il saignait facilement du nez, ne pouvait courir aussi facilement que ses camarades. Vers 18 ans, il a eu des palpitations pour lesquels on lui aurait fait prendre de la digitale. Il a fait son service militaire mais dans les bureaux de l'intendance, en sorte qu'il n'a pas eu à supporter de fatigues sérieuses.

A part un peu d'essoufflement en montant les escaliers, essoufflement dont il s'aperçoit surtout après les repas, il n'a jamais eu de troubles pouvant attirer l'attention du côté du cœur : en particulier, il n'a jamais eu d'œdème des jambes, il urine normalement.

L'examen des organes donnent les résultats suivants :

L'estomac clapote, le foie paraît un peu augmenté de volume, mais il n'est pas douloureux à la pression. Il n'y a pas de vomissements, la langue est nette, l'appétit un peu irrégulier, mais bon en somme. Jusqu'à ces

derniers mois, les digestions étaient généralement bonnes. Actuellement, elles sont comme nous le disions plus haut, lentes, accompagnées de gonflement, de brûlures, renvois.

Au cœur, on entend très nettement un souffle présystolique à la pointe et un dédoublement du deuxième bruit, le souffle bref et rude se propage vers l'aisselle et le dos, les battements sont réguliers, bien frappés, le pouls est régulier assez petit. Il n'y a pas traces de pouls veineux.

N'étant pas convaincu que le point de départ des accidents gastriques réside dans la lésion du cœur, nous conseillons à notre ami, les mesures d'hygiène habituelles en pareil cas. Repos relatif, régime alimentaire ne comprenant que des aliments de facile digestion, etc. sans nous occuper du cœur autrement que pour le mettre par ces précautions à l'abri du surmenage.

Ne s'en rapportant pas à nous, le malade consulte un médecin qui, après examen, approuve les mesures d'hygiène prescrites, mais croit devoir y ajouter de l'iodure de potassium qui est très mal supporté. Les troubles digestifs s'aggravent, le malade cesse de lui-même la médication iodurée pour s'en tenir aux moyens que nous avons conseillés. Il en résulte une amélioration manifeste de son état dyspeptique, amélioration qui persiste à l'heure actuelle, près d'un an après notre examen et bien que le malade ait subi depuis lors une assez violente émotion.

#### OBSERVATION IV

Communiquée par notre ami le Dr. M.

M. R. Pharmacien dans une ville de province, a eu il y a dix ans, une légère attaque de rhumatisme. Il ne sait si le cœur a été touché à ce moment, on ne lui en a rien dit. La seule chose qu'il ait remarquée, c'est que depuis cette époque, ses digestions sont difficiles, ce qu'il attribue à l'abus du salicylate de soude qui lui a été administré à haute dose pendant son attaque?

Il y a quatre ans, il est venu à Paris, et a consulté un médecin qui lui a conseillé un régime alimentaire assez sévère et lui a prescrit de la teinture de digitale en lui disant que son cœur était en mauvais état, sans préciser autrement. La digitale a été assez bien supportée, le malade en a pris à deux ou trois reprises sans éprouver d'inconvénients, mais aussi sans en retirer un bénéfice notable.

Actuellement, juin 1895, M. R. présente :

1° Une dilatation manifeste de l'estomac, avec conservation de l'appétit, mais avec une certaine lenteur des digestions, du gonflement, de la brûlure : il y a assez souvent des migraines, des vertiges, mais pas d'œdème, pas de signes de stases viscérales.

2° Au cœur, battements réguliers, le premier bruit bien frappé, le deuxième dédoublé, à la pointe, un souffle présystolique à propagation axillo-dorsale. Pouls régulier quand on l'explore à distance des repas, mani-

festement irrégulier, quand on l'examine pendant la digestion.

Comme troubles fonctionnels, bouffées de chaleur, maux de têtes assez fréquents, constipation, tendance aux vertiges, pas d'œdème, pas de congestion pulmonaire, dyspnée, seulement à l'occasion des efforts, de la marche rapide. Il y a quelques mois, M. R. a éprouvé une violente émotion (mort subite d'une parente venue passer quelques jours chez lui), immédiatement les accidents se sont aggravés.

Traitement. Régime des dilatés d'après Bouchard, antisepsie intestinale ; comme seul médicament cardiaque : 0,10 centigr. desulfate de spartéine par jour, hygiène ordinaire des cardiaques.

Amélioration manifeste.

Ainsi, voilà deux faits dans lesquels un désordre viscéral est l'origine des accidents éprouvés par un cardiaque. Tout d'abord, quelle est la valeur exacte de ces cas ?

Chez l'un, c'est l'examen complet du sujet, qui seul, révèle la cardiopathie, aucun phénomène attribuable au mauvais fonctionnement du cœur, n'appelant l'attention ; chez l'autre, il y a eu des accidents imputables au cœur, mais au moment de l'examen, ce dernier organe ne paraît pas devoir occuper le premier plan dans les préoccupations du malade et du médecin ; il est régulier,

les battements sont bien frappés ; il n'existe en un mot aucun signe d'asystolie.

Deux interprétations sont possibles, ou bien les troubles gastriques dépendent de l'état du cœur, ou bien il s'agit d'une simple coïncidence ; un cardiaque pouvant parfaitement être affecté de dyspepsie, sans que cette dyspepsie relève en aucune façon de troubles circulatoires.

Dans le premier cas, l'affection cardiaque bien compensée en ce qui concerne le cœur, ne l'est évidemment pas au point de vue de la circulation viscérale, dans le second le cœur n'a rien à voir au moins pendant un certain temps, avec le mauvais fonctionnement de l'appareil digestif.

A notre point de vue, la chose n'a qu'une médiocre importance. Nous avons dit et nous ne pouvons que répéter, nous appuyant sur l'autorité de M. Potain, que les troubles viscéraux retentissent sur le cœur ; s'ils ont été provoqués par lui, ils réagissent par un véritable choc en retour sur son fonctionnement.

Voici maintenant des faits où une lésion utérine joue le même rôle.



DES AFFECTIONS UTÉRINES DANS LEURS RAPPORTS  
AVEC LES AFFECTIONS CARDIAQUES

L'appareil génital subit directement l'influence des affections cardiaques. Il y a longtemps que MM. Potain, Duròziez, Mathieu ont signalé la forme dite hémorrhagique du rétrécissement mitral, forme dans laquelle les métrorrhagies sont un des symptômes les plus importants. Comme les hémoptysies et les épistaxis, ces métrorrhagies dépendent directement de la lésion cardiaque. Mais l'inverse est également vrai. Il n'est pas indifférent, pour une femme, d'avoir une lésion utérine, quand elle porte, en même temps, une affection du cœur. La question a été bien étudiée dans la thèse de Mlle Roussel à laquelle nous empruntons quelques faits.

A ces documents d'emprunt, nous pouvons ajouter des faits personnels, d'où est sortie pour nous cette conviction absolue qu'une lésion utérine, même légère, chez une cardiaque doit être traitée. Seulement, il y a là une question de tact et de coup d'œil médical. On ne saurait évidemment

songer à une intervention sanglante, les moyens à mettre en œuvre sont donc, avant tout, les moyens d'ordre purement médical. Il y aura lieu aussi de se préoccuper de l'ébranlement nerveux que l'examen pur et simple peut amener chez certaines femmes. Nous le répétons, c'est affaire de tact, mais la nécessité d'un traitement approprié nous semble absolue.

OBSERVATION V (personnelle).

Mme O..., 42 ans, est affectée de pertes blanches, très abondantes, les règles sont douloureuses. Comme antécédents, nous relevons un accouchement, il y a six ans, qui a été assez laborieux et a nécessité l'emploi du forceps. Les soins consécutifs paraissent avoir été très incomplets, et Mme O... a repris ses occupations douze jours après. Depuis lors, elle a fréquemment éprouvé des douleurs lointaines, des crampes d'estomac, des maux de tête ; à plusieurs reprises, elle a eu des règles profuses. En même temps, au moment où elle souffrait, elle avait des battements de cœur et de la gêne respiratoire.

En examinant la malade, nous trouvons : 1° un col gros, entr'ouvert, laissant suinter un liquide mucopurulent ; 2° une déchirure périnéale ancienne ; 3° du prolapsus de la paroi antérieure du vagin ; 4° une déviation utérine en avant et à droite ; 5° la présence, d'une

masse douloureuse occupant le cul de sac gauche. Nous le portons diagnostic d'endométrite avec salpingite gauche.

L'examen du cœur nous révèle une hypertrophie notable de l'organe, dont la pointe est très abaissée et reportée en dehors ; à l'auscultation, on entend un souffle diastolique très marqué au foyer aortique. Le pouls a nettement le caractère du pouls de Corrigan. Il n'existe ni œdème, ni signes de stases hépatique ou pulmonaire.

Nous instituons un traitement dirigé contre l'affection utérine, estimant que l'hygiène habituelle des cardiaques suffit en ce moment, puisqu'il n'existe aucun trouble de compensation. Actuellement, après deux mois de traitement par des tampons à l'ichthyol, et l'application de crayons intra-utérins au naphtol et à l'iodoforme, l'état local s'est notablement amélioré. Quant au cœur, son état ne s'est pas modifié : les battements sont réguliers et l'œdème fait toujours défaut. Fait important : Mme O... a été deux ou trois fois, dans les années précédentes, soumise à un traitement par la teinture de digitale ; mais on avait dû y renoncer, l'administration du médicament ayant été chaque fois suivie d'une aggravation notable des phénomènes.

#### OBSERVATION VI (personnelle).

Mme de C... nous consulte pour des douleurs abdominales accompagnées de pertes blanches et à certains moments de pertes sanguines sabonnantes,

Comme antécédents, nous relevons : une attaque de rhumatisme à 17 ans, sans grande gravité, paraît-il ; un accouchement difficile, il y a quatre ans, à la suite duquel, Mme de C... est restée très faible pendant longtemps.

L'examen des organes génitaux montre une endométrite avec rétroflexion utérine. Il existe, en même temps, des troubles digestifs constitués par une parésie intestinale que rien ne peut vaincre, du ballonnement, du pyrosis.

De plus, Mme de C... nous dit ne pas pouvoir marcher longtemps et surtout monter un escalier sans s'essouffler, elle ne croit pas avoir eu d'œdème des jambes. Cependant l'examen du cœur révèle un certain degré d'hypertrophie avec déviation de la pointe en bas et en dehors et un souffle systolique rude de la pointe. Pas d'arythmie, pouls petit, régulier. Le traitement dirigé contre l'affection utérine et ensuite des tampons glycélinés donnent une amélioration manifeste.

#### OBSERVATION VII (Thèse de Mlle Roussel).

Mlle D..., 40 ans, cuisinière. Père cardiaque, asthmatique.

Menstruée à 13 ans, règles douloureuses, abondantes.

Il y a six ans, elle s'est aperçue qu'elle avait, dans l'aîne droite, une tumeur de la grosseur d'un œuf. En même temps, ses règles sont venues toutes les trois semaines et très abondantes, son ventre a grossi, elle a eu des palpitations qui sont devenues tellement fréquentes,

qu'il y a un an, elle est allée consulter un médecin, persuadée qu'elle avait une maladie de cœur. Elle a pris de la digitale pendant quelque temps, mais sans résultat aucun. Il y a quatre mois, elle est venue à la clinique de M. Apostoli ; on l'a électrisée sept fois. Son ventre n'a pas encore beaucoup diminué, dit-elle, mais les palpitations ont presque disparu.

Le cœur est dilaté à droite, sa matité arrive à deux centimètres en dehors du bord droit du sternum. Pouls veineux, souffle présystolique à la pointe. Dédoublement du deuxième bruit.

Traitement : Cautérisation à la teinture d'iode, tampon de glycérine. Deux injections au sublimé par jour.

Ce juillet : La malade va beaucoup mieux ; elle a pris de la spartéine depuis son entrée à l'hôpital ; le pouls veineux a disparu, la matité cardiaque ne dépasse plus le bord droit du sternum. Le souffle présystolique et le dédoublement subsistent, mais les palpitations sont moindres et ont presque disparu.

#### OBSERVATION VIII (Thèse de Mlle Roussel).

D. Marguerite, 27 ans, entrée le 13 juin 1890 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 22 bis. — Métrite. — Mal réglée à 16 ans, sang pâle, beaucoup de leucorrhée dans l'intervalle des règles. Mariée à 22 ans, croit avoir eu une fausse couche trois mois après son mariage, parce qu'elle a perdu alors beaucoup de sang, des caillots et a prouvé de violentes douleurs dans le ventre et dans la région sacrée, ce qui n'est pas son habitude.

Restée au lit cinq jours sans soins.

Depuis cet accident bien portante, mais les leucorrhées sont devenues plus abondantes ; mauvaise hygiène, travaille beaucoup à la machine, passe des nuits à travailler. Depuis sept mois, elle se sent très fatiguée, très essoufflée, elle perd continuellement la respiration, elle a des lipothymies, ses jambes enflent le soir, les leucorrhées augmentent, elle souffre dans le bas-ventre. Quand elle veut travailler à la machine, maintenant, le souffle lui manque, dit-elle, elle pâlit, perd connaissance et le cœur bat désordonnément.

Ces accidents se produisent surtout au moment des règles.

A l'examen, on trouve un col entr'ouvert, douloureux, tuméfié. L'utérus mesure 8 centimètres à l'hystéromètre. Le cul de sac latéral gauche est douloureux et empâté. L'estomac est un peu dilaté.

On sent un léger thrill dans le creux sus-claviculaire droit ; le pouls droit est un peu plus faible que le gauche.

L'utérus est plus gros qu'à l'état normal, le col est un peu dur, gros, entrouvert, douloureux.

10 juillet. Même état. En somme, il s'agit d'une cardiopathie dont l'influence utérine exagère les manifestations.

#### OBSERVATION IX

Thèse de Mlle Roussel

Madame M..., 35 ans, cuisinière, entrée le 8 juillet 1890, à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Jeanne, n° 16 bis.

Bien portante dans sa jeunesse, mariée à 16 ans, a

eu ses règles pour la première fois, trois semaines après son mariage. Deux de ses sœurs sont mortes à 25 et 26 ans, sans avoir été réglées. Neuf enfants, dont deux vivants, les autres morts en bas âge.

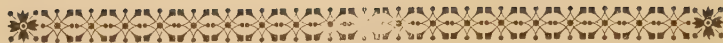
Rhumatisante, mais la malade affirme qu'on ne lui a jamais trouvé de lésions au cœur, jamais de palpitations.

Leucorrhées abondantes dans l'intervalle des règles.

Il y a quatre ans, opérée à l'Hôtel-Dieu par M. Tillaux pour un polype de l'utérus qui occasionnait des hémorrhagies. Aussitôt après l'opération, c'est-à-dire les jours suivants : étouffements, palpitations qui l'empêchent de respirer, presque des lipothymies, jambes enflées le soir. Ces troubles cardiaques ne l'ont jamais quittée depuis, ils s'accroissent très nettement au moment des règles, qui viennent tous les quinze jours depuis l'opération. La malade perd beaucoup de sang, des caillots et souffre énormément à chaque menstruation, dans la fosse iliaque. Cette douleur est exaspérée par la marche, et, dans ces moments-là, la malade dit qu'elle a peur d'étouffer, tant son cœur lui fait mal.

A la percussion, l'aorte est dilatée de cinq centimètres et demi, le cœur est hypertrophié, il y a un souffle vibrant rude et systolique à la base.

Pour remettre de l'ordre dans le fonctionnement troublé du cœur, dans une des conditions que nous venons de passer en revue, nous disposons de moyens hygiéniques ou pharmaceutiques que nous allons maintenant examiner.



## PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DES ACCIDENTS

Tout d'abord, il y a, croyons-nous, un principe essentiel : c'est que les maladies du cœur, ne sont pas uniquement des maladies du cœur. Quand on assiste à l'autopsie d'un cardiaque, on est frappé de la multiplicité des désordres. Il n'y a pas un viscère qui ne présente des altérations imputables à l'appareil circulatoire ; congestion, infarctus, etc. D'autre part, la clinique est d'accord avec l'anatomie pathologique pour nous montrer qu'il y a une certaine indépendance dans l'évolution de ces désordres. Chez tel malade, ce n'est pas le cœur qui, même sur la table d'autopsie, semble le plus atteint. Chez l'un ce sera le foie, chez un autre le rein, ou le poumon, de là un double enseignement.

D'abord, de tels faits montrent l'enchaînement des lésions, et en second lieu en nous faisant voir que la physionomie de certaines cardiopathies peut être complètement modifiée par la présence de telle ou telle lésion viscérale, ils nous renseignent sur l'importance capitale des lésions d'organes autres que le cœur.

L'interprétation des cas dans les deux sens, est, nous ne dirons pas aisée, car c'est un problème clinique souvent difficile à résoudre, mais rendu possible par les travaux contemporains.

Tout d'abord, nous savons aujourd'hui, que l'endocardite d'où résultent les lésions orificielles n'est qu'une localisation d'une infection dont les autres méfaits ne frappent pas autant l'observateur, parce que l'action nocive s'est exercée sur des organes moins importants. Mais les reliquats de cette infection peuvent être parfois assez importants pour retenir l'attention sur un organe autre que le cœur.

Dans certains cas, bien étudiés par M. Hanot et par M. Dumont, c'est du côté du foie que l'attention est surtout attirée, le tableau symptomatique est bien plutôt celui d'une affection hépatique que celui d'une cardiopathie. Ailleurs, comme dans certaines formes de rétrécissement mitral, ce sont les accidents pulmonaires qui prédominent. Il semble que la lésion du foie, du rein, du poumon tout en n'étant que la conséquence d'une cardiopathie, évolue néanmoins avec une certaine indépendance. Mais un traitement dirigé uniquement contre la défaillance du cœur, ou contre le désordre organique échoue; il faut se préoccuper des deux, et, c'est seulement en améliorant d'une

façon parallèle le fonctionnement du cœur et celui de l'autre organe que l'on aide efficacement le malade.

C'est qu'en effet, ces deux organes malades ont réagi l'un sur l'autre, le cœur a provoqué des désordres circulatoires qui ont compromis le fonctionnement du foie. Ce dernier à son tour, par voie réflexe, ainsi que l'ont montré MM. Potain et François Franck, a mis le désordre dans les fonctions du cœur. Nous ferons que rappeler les travaux de ces deux éminents observateurs qui ont vu les excitations des nerfs sensibles des viscères abdominaux déterminer la surélévation de la pression sanguine dans les vaisseaux pulmonaires et, par suite l'augmentation du travail du ventricule droit. Celui-ci surpris se laisse forcer et l'insuffisance tricuspidiennne apparait, on conçoit qu'elle n'ait que de médiocres inconvénients, quand il s'agit d'un cœur parfaitement sain auparavant : mais il n'en saurait être de même, quand cet organe est antérieurement taré.

Ce que MM. Potain, François Franck, Teissier de Lyon ont fait pour les affections gastro-hépatiques, Rose en Allemagne, l'a fait en ce qui concerne l'utérus et a montré que les désordres fonctionnels du petit bassin, peuvent entraîner

les mêmes troubles cardiaques que les maladies du foie ou de l'estomac.

La conclusion pratique, c'est que la première indication dans de tels cas sera de calmer les douleurs, s'il en existe, de traiter par des moyens appropriés les lésions viscérales, si la douleur n'est pas très vive et si l'on a le temps d'attendre.

Dans les maladies infectieuses le problème est plus complexe. Ici, en effet, deux éléments peuvent se trouver en présence : la douleur et les processus microbiens. La douleur peut faire défaut.

Les seconds nous sont en partie inconnus.

Mais si nous ne connaissons pas le mécanisme intime de leur action sur le cœur, cette action n'est pas douteuse. La grippe jouit à cet égard d'un triste privilège. En pareil cas, on devra donc s'efforcer de diminuer l'infection et surtout de relever les forces et l'état général du malade ; en de tels cas le quinine, l'alcool tous les moyens toniques peuvent devenir de vrais médicaments cardiaques.



## TRAITEMENT HYGIÉNIQUE

Nous désignons sous ce nom l'ensemble des mesures que l'on peut prendre contre une maladie du cœur, à l'exclusion de tout agent médicamenteux.

Mais nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que certains agents pharmaceutiques peuvent efficacement venir en aide à l'hygiène pure : tels sont les toniques divers, les antiseptiques des voies respiratoires qui peuvent trouver et trouvent souvent leur indication quand il s'agit de traiter une bronchite, une grippe, etc., et qui font alors véritablement partie de l'hygiène des cardiaques, sans être pour cela des médicaments cardiaque à proprement parler.

En somme, l'hygiène préventive de l'asystolie consiste à éviter toute cause de surmenage, toute influence nocive physique ou morale susceptible d'amener la rupture de la compensation.

En première ligne, on doit prescrire l'abstention absolue, complète, des exercices violents, de l'escrime, de la bicyclette, des ascensions d'esca-

liers, des courses en montagne ; est-ce à dire pour cela que le cardiaque sera condamné à l'immobilité, nous ne le pensons pas, et nous croyons au contraire qu'il est bon de l'autoriser à prendre quelque exercice avec modération, bien entendu. Un traitement, dont nous aurons à dire un mot, repose même sur l'entraînement musculaire progressif des malades (méthode d'Értel). Mais sans prétendre que tous les malades cardiaques doivent être soumis à cette sorte de gymnastique qui trouve, surtout son indication dans le traitement des cardiaques obèses, il est bon de ne pas laisser les malades dans l'inaction musculaire absolue, à la condition expresse que l'affection cardiaque soit complètement compensée, car tout indice d'asystolie contre-indique d'une façon absolue le mouvement, la dyspnée cardiaque étant surtout et avant tout une dyspnée d'effort (C. Paul). L'exercice musculaire a en effet pour conséquence de régulariser les échanges nutritifs. La marche a sur la circulation veineuse une influence bien connue depuis les travaux de M. Houzé de l'Aulnoit et de M. Lejars ; elle peut donc, quand elle est effectuée avec la modération voulue, atténuer dans une large mesure les effets de la stase qui tend à se faire du côté des membres inférieurs. Nous n'hésitons pas à conseiller à un cardiaque la marche

régulière, deux heures par jour, et les malades s'en trouvent bien.

Le régime alimentaire n'a pas moins d'importance. Il importe d'empêcher le malade de se livrer aux plaisirs de la table ; les repas doivent être courts, assez substantiels pour le soutenir, mais en même temps assez légers pour que la digestion s'opère vite. Pour nous, il y a dans le régime des cardiaques deux indications principales : éviter la surcharge gastrique, et faciliter le travail du foie qui n'a que trop de tendance à s'hyperhémier. L'alimentation bien choisie, la modération dans la quantité des boissons, remplissent la première indication ; pour la seconde, quelques purgatifs salins, la magnésie, au besoin, le calomel pris à petites doses, nous paraissent les meilleurs moyens à mettre en œuvre. L'antisepsie intestinale pourra également être utile en diminuant la toxicité du contenu intestinal et en s'opposant à la production de gaz dont l'influence mécanique aurait de graves inconvénients.

On devra veiller avec le plus grand soin à l'intégrité de l'appareil respiratoire. On se rappellera qu'un simple coryza peut devenir l'origine de troubles dyspnéiques intenses, une bronchite aura également une portée beaucoup plus grande chez un cardiaque que chez toute autre malade, à plus

forte raison, une pneumonie, une pleurésie. Or, beaucoup de ces affections, de ces infections plutôt, sont dues à des microbes qui se trouvent normalement dans la bouche. On recommandera donc surtout en cas de grippe, de fièvre typhoïde, même de simple embarras gastrique, de pratiquer avec soin l'antisepsie buccale et d'éviter les refroidissements brusques qui, s'ils ne créent pas les maladies infectieuses de l'appareil respiratoire, leur préparent au moins le terrain (Jaccoud).

Pour ce qui concerne les influences morales, il est banal de dire aux malades : évitez les émotions. On n'en est pas le maître, et, c'est là assurément un conseil plus facile à donner qu'à suivre. C'est surtout l'entourage du malade qui sera chargé d'atténuer les chocs moraux ; mais on s'efforcera, si le malade est obligé de s'occuper d'affaires graves, s'il est entraîné par sa profession à des préoccupations, de lui faire changer sa façon de vivre, c'est un sacrifice souvent difficile, mais toujours nécessaire et, dirons-nous, volontiers, toujours utile.



## LES CARDIAQUES AUX EAUX MINÉRALES

« Il y a, dit M. Constantin Paul, des Eaux minérales qui sont très utiles à ces malades ; mais  
« il faut s'entendre, si l'on vient à demander quelle  
« est l'eau minérale qui fera dissoudre des adhé-  
« rences péricardiques, des végétations valvulaires,  
« des cicatrices rétractées, l'athérome du  
« cœur ou des artères, la dégénérescence graisseuse de l'un ou des autres, il n'y en a pas. »

Ces lignes résument l'opinion généralement acceptée par les médecins français. Tous reconnaissent que les eaux peuvent rendre des services contre l'état rhumatismal, les désordres digestifs, les accidents nerveux, la dyspnée. Mais tous aussi, comme M. Constantin Paul, se refusent à admettre la rétrocession des lésions valvulaires confirmées. Cependant, la possibilité de tels faits a été admise par quelques-uns et, la guérison complète, totale, d'affections valvulaires a été affirmée en France par le Dr Dufresne de Chassaigne, en Allemagne par plusieurs médecins, en particulier

par Eichhorst. Ce dernier déclare, dans la pathologie interne, avoir vu disparaître une affection valvulaire sous l'influence de deux cures à Nauheim.

Le Dr Dufresne de Chassaigne, en 1876, a publié les résultats de sa pratique à Bagnols de la Lozère et à Chaudesaigues. Les observations ont porté sur 69 cas, qui lui ont donné le chiffre extraordinaire de 63 guérisons, avec seulement six insuccès. Si l'on soumet tous ces cas, comme l'a fait M. Paul, à un examen critique, on se convainc que si plusieurs sont bien certainement des erreurs de diagnostic, plusieurs sont des cas avérés d'affection cardiaque, le procédé vaut donc la peine de nous y arrêter. Au début du traitement, on administre pendant une semaine environ, un bain entier à 34° le premier jour, pour arriver au bain à 38° au bout de la semaine. Ces bains durent de 30 à 50 minutes. On interrompt si ces bains sont mal supportés. Au sortir du bain le malade séjourne dans une étuve à 40°, il n'y reste que 5 minutes le premier jour et finit par y rester un quart d'heure. L'étuve est suivie d'une sudation de trois quarts d'heure. Pendant la sudation, il prend un verre d'eau minérale, dans la matinée, il en prend deux à trois, la température de l'eau variant de + 41° à + 35° dans l'après-midi un ou deux, et à

la fin de l'après-midi un bain de pieds d'eau courante à 40°, de temps en temps on administre un purgatif salin. La durée moyenne du traitement est de 15 jours, (durées extrêmes 12-21 jours).

Les stations hydrominérales les plus recommandées, sont, en France, Aix-les-Bains (Fleury), Saint-Nectaire (Vernière), le Mont-Dore (Bertrand), Nérès, Cauterets, les Eaux chaudes en Allemagne, Nauheim (Beneke), Eickhorts, Kissingen.

Il est plus que probable que ceux qui ont cru à la disparition totale des accidents, ont été dupes d'une illusion, mais en présence des améliorations bien nettes que tous les médecins ont pu constater, on ne saurait refuser aux malades le bénéfice d'une cure qui peut au moins les soulager, et surtout, chose très importante au point de vue qui nous occupe, calmer les désordres hépatiques, rénaux, pulmonaires, qui sont une cause d'aggravation et un danger permanent.

Nous avons été témoin d'un fait qui prouve que cette amélioration peut avoir, au point de vue cardiaque, les plus heureux résultats.

### OBSERVATION III

M. C..., âgé de 42 ans, est affecté de douleurs vésicales avec envies fréquentes d'uriner, douleurs lombaires, l'analyse de l'urine révèle un excès d'acide urique. En même temps, M. G. se plaint de vertiges, d'essoufflement, il est atteint d'une insuffisance aortique, caractérisée par un souffle diastolique à la base et un pouls offrant manifestement au doigt et au tracé, les caractères du pouls de Corrigan. Il est probable que cette cardiopathie remonte assez loin, elle a vraisemblablement son origine dans une attaque de rhumatisme qui s'est produite il y a quinze ans. Cependant jusqu'à ces derniers temps, M. C. n'en avait pas conscience ; il menait une vie active, voyageait beaucoup, fumait beaucoup, les vertiges, la dyspnée d'efforts ne se sont montrés qu'après les phénomènes viscéraux.

Sur les conseils de son médecin, M. C. part pour Contrexéville, il y va deux ans de suite. Dès la première cure, les troubles cardiaques s'amendent, et, après la seconde ils ont à peu près totalement disparus. Cependant nous avons pu nous assurer que le souffle diastolique existe encore, mais il nous a semblé moins net. Notons que, à l'exception du tabac, auquel il a renoncé, M. G. n'a rien changé à ses habitudes et qu'il continue à voyager comme par le passé.

#### HYDROTHERAPIE

Nous serons très bref sur ce point, n'ayant pas d'expérience personnelle. Nous rappellerons seulement que d'après MM. C. Paul, Duroziez, Eichhorst, l'hydrothérapie est souvent beaucoup mieux supportée que ne le pensait Priessnitz. Assurément il faut en user avec la plus grande prudence ; mais il peut y avoir avantage à l'employer chez les sujets très nerveux, les insomniaques la période d'accoutumance peut être longue à s'établir. On fera donc bien, si on est amené à conseiller l'hydrothérapie, de commencer par des douches ou des affusions chaudes. Quand on en sera arrivé à l'emploi des douches froides, il sera bon de les faire précéder d'une douche chaude, le froid étant toujours beaucoup mieux supporté dans ces conditions.

#### TRAITEMENT D'ERTEL

Nous tenons également à dire quelques mots d'un traitement préconisé par Ertel et qui, après avoir rencontré beaucoup d'oppositions, est, à

l'heure actuelle, accepté par la majorité des médecins allemands. Ce traitement trouve son indication dans l'obésité, et prévient l'affaiblissement du cœur par la dégénérescence graisseuse.

Contrairement aux idées généralement reçues, Cœrtel soumet ses malades à un entraînement spécial, il leur prescrit de gravir chaque jour une pente d'une certaine longueur et, bien entendu, cet exercice constitue un entraînement progressif. Cœrtel y ajoute des prescriptions de détail relatives au régime, parmi lesquelles nous relevons celle-ci qui, par parenthèse, donne de bons résultats dans beaucoup de dypsepsies : C'est de boire peu, de ne jamais boire entre les repas, et de ne prendre la boisson, une boisson chaude telle qu'une infusion de thé léger, qu'à la fin du repas.



## CONCLUSIONS

I. — Il est rare de voir des cardiopathies évoluer sans désordres d'une façon absolue. Entre la non compensation qui caractérise l'asystolie et la tolérance absolue, il y a des degrés, caractérisés par des troubles peu accentués de l'estomac, du foie, des reins, des poumons. Il peut également survenir chez des cardiaques des troubles viscéraux d'une origine quelconque.

II. — Ces troubles doivent être traités ; les médicaments cardio-vasculaires, tels que la digitale, l'iodure de potassium, la caféine, doivent être réservés pour les cas où l'action du cœur est manifestement troublée et l'équilibre circulatoire certainement compromis. Aux accidents relativement bénins qui peuvent être un début de la non compensation, on opposera une thérapeutique différente, dans laquelle l'indication locale devra tenir la place principale.

III. — Ces moyens à mettre en œuvre sont, en premier lieu, l'hygiène physique et morale, le régime alimentaire : en second lieu, les moyens tels que l'hydrothérapie pratiquée avec ménagement, les eaux

minérales ; en troisième lieu, seulement, le bromure de potassium, la spartéine pour renforcer le cœur.

IV. — Quelle que soit la conduite thérapeutique que l'on adoptera, il faut être bien convaincu que tout désordre viscéral chez un cardiaque, doit être traité, même, si le cœur ne semble pas en ressentir d'influence fâcheuse.



## BIBLIOGRAPHIE

- DUROZIEZ. — Traité clinique des maladies du cœur.
- FOUBERT. — Variations de volume du cœur. Thèse de Paris 1888.
- GENDRIN. — Maladies du cœur.
- HAYDER MIRZA. — Du cœur dans la grippe. Thèse de Paris 1893.
- LAUGIER. — Dilatation du cœur dans les maladies aiguës. Thèse de Paris 1888.
- C. PAUL. — Traité des maladies du cœur.
- POTAIN et FRANCK. — Association française pour l'avancement des sciences, 1878.
- POTAIN et RENDU. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales (article Cœur).
- Mlle ROUSSEL. — Troubles sympathiques du cœur dans les maladies de l'utérus, 1890.
- G. SÉE. — Maladies du cœur, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> vol.  
Du régime alimentaire, 1886.
- 

Vu par le Doyen,  
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,  
POTAIN

Vu et permis d'imprimer,  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,  
GRÉARD











